

様式第 4 号（第10条関係）

1 か月児健康診査費請求書

金 円也

ただし、 年 月分 1 か月児健康診査費として上の金額を請求します。

(内訳)

	件数	単価 (円)	金額 (円)
1 か月児健康診査費		円	円

年 月 日

(宛先) 静岡市長

所在地

請求者 医療機関の名称

代表者の氏名

相手方番号				
口座振込先 金融機関	金融機関名		支店名	
	口座種別	普通 ・ 当座	口座番号	
(フリガナ)				
口座名義				

(注)

- 1 相手方登録において口座情報を登録している場合は相手方番号の記載があれば、口座情報等は省略することができます。
- 2 1 か月児健康診査を実施した対象者の 1 か月児健康診査受診票（様式第 1 号）、1 か月児健康診査票（様式第 3 号）を添付してください。